

Fremtidig organisering af kirurgien

- faglighed og sammenhæng

November 2005

Amtsråds-
foreningen 

Fremtidig organisering af kirurgien - faglighed og sammenhæng

Sammenfatning

Formålet med debatoplægget er at bidrage til et fælles afsæt for arbejdet med at fastlægge den fremtidige organisering af kirurgien. Udgangspunktet er, at der over de kommende år er behov for en reorganisering af kirurgien, der i højere grad koncentrerer funktionerne på det kirurgiske behandlingsområde på færre enheder. Målsætningen er at sikre en høj faglig kvalitet, sammenhængende patientforløb og en god ressourceudnyttelse.

Organisering af kirurgien vil have afsmittende betydning for strukturen i sygehusvæsenet som helhed. Kirurgien skal derfor organiseres ud fra et helhedsperspektiv, hvor der tages hensyn til både den sundhedsfaglige dimension og driftsdimensionen. Det er desuden vigtigt, at den fremtidige organisering understøtter en hensigtsmæssig arbejdsdeling og opgavevaretagelse på tværs i sygehusvæsenet.

Der eksisterer ikke entydig faglig evidens, der kan anvendes som facitliste for, hvordan kirurgien bør organiseres og hvilket patientunderlag der skal være til stede for de forskellige funktioner. Når organiseringen af kirurgien diskuteres, fokuseres der ofte på de meget specialiserede behandlinger. Tyngdepunktet i aktiviteten på det kirurgiske område er imidlertid basiskirurgien. Det er derfor naturligt at lade overvejelserne om den fremtidige organisering af kirurgien tage udgangspunkt i den basiskirurgiske funktion.

Ud fra en række betragtninger om faglighed, sammenhæng og ressourceudnyttelse kan der peges på, at arbejdet med centrale kvalitetsmålsætninger vil have gode grundbetingelser i en kirurgiske struktur, som bygger på op til 25 enheder, der varetager

basisfunktionen og den akutte funktion i kirurgien.

Hensynet til faglig kvalitet, sammenhæng i patientforløb og god ressourceudnyttelse gør, at der i sammenhæng med den basiskirurgiske funktion bør være funktioner i anæstesiologi/intensiv terapi og radiologi. Samarbejdsrelationerne til det intern medicinske område gør desuden, at der i tilknytning til den basiskirurgiske funktion bør være akutfunktion samt basisfunktion i intern medicin.

Den basiskirurgiske funktion vil under de rigtige betingelser kunne varetage mere specialiserede behandlingsopgaver, end de der umiddelbart ligger i basiskirurgien. Det kan af hensyn til den faglige kvalitet medføre udvidede krav til støttefunktioner og samarbejdsrelationer og eventuelt også til patientvolumen i forhold til den konkrete opgave. Kvaliteten kan f.eks. understøttes ved, at opgaven løftes i et samarbejde mellem flere basiskirurgiske funktioner.

Indledning

Organiseringen af sundhedsvæsenet er naturligt til debat i forbindelse med kommunalreformen. Etableringen af regioner betyder, at flere amters sundhedsvæsen skal tænkes sammen og organiseres på en hensigtsmæssig måde.

Kirurgien er et af de store områder, og er derfor noget af det første, man må diskutere, når en ny struktur er på dagsordenen. Strukturen for kirurgien vil have betydning for sygehusvæsenets struktur som helhed. Det er derfor vigtigt at fastslå, at kirurgien skal tilrettelægges ud fra et helhedsperspektiv, hvor der tages hensyn til både den sundhedsfaglige dimension og driftsdimensionen.

Debatten om organiseringen af sygehusvæsenet er ikke ny, men udspilles løbende, og er senest blevet aktualiseret af bl.a. kommunalreformen, som lægger op til en højere grad af koncentring af sygehusvæsenets funktioner og en øget central styring. Sundhedsstyrelsens kræftplan II anbefaler også en koncentring af kræftkirurgien. Senest har Dansk Kirurgisk Selskab (DKS) præsenteret et konkret forslag til organisering af kirurgien, baseret på basiskirurgiske og højt-specialiserede kirurgiske afdelinger.

Når organiseringen af kirurgien debatteres i medierne, fokuseres der ofte på de meget specialiserede kirurgiske behandlinger. Langt hovedparten af de kirurgiske patienter behandles imidlertid i basiskirurgien. Det er derfor også naturligt at lade diskussionen af den fremtidige organisering af kirurgien tage udgangspunkt i den basiskirurgiske funktion.

Udviklingen i sundhedsvæsenet betyder, at det utvivlsomt bliver nødvendigt, at der i de kommende år sker en koncentring af en række behandlinger. Dette skal bl.a. ske for at sikre faglige kvalitetsløft, hensigtsmæssige vagtberedskaber og gode uddannelsesfunktioner. Det betyder også, at der er be-

hov for en reorganisering af kirurgien, der i højere grad samler funktionerne inden for det kirurgiske behandlingsområde på færre enheder.

Det primære fokus i organiseringen af sundhedsvæsenet er at sikre en høj kvalitet i patientbehandlingen med de ressourcer, som er til rådighed. I diskussioner af den fremtidig organisering af kirurgien skal en række kvalitetsmålsætninger, der almindeligvis opfattes som centrale for et velfungerende sundhedsvæsen, naturligvis inddrages. Det er således et mål, at den fremtidige kirurgiske organisation understøtter målsætningen om høj faglig kvalitet; at organisationen er patientfokuseret og understøtter sammenhængen i behandling og patientforløb; at organisationen understøtter en hensigtsmæssig ressourceanvendelse samt en hensigtsmæssig arbejdsdeling og opgavevaretagelse på tværs i sygehusvæsenet. Men det er vigtigt at slå fast, at der ikke findes én bestemt løsning på organiseringen af kirurgien. Forhold som geografi, tilgængelighed og bygningsmæssige rammer har bl.a. betydning for fastlæggelsen af kirurgien i de forskellige regioner.

Dette debatoplæg er Amtsrådsforeningens indspil til organiseringen af kirurgien - regionalt og nationalt. Debatoplægget er udarbejdet i dialog med Dansk Kirurgisk Selskab og en baggrundsgruppe med udvalgte resourcepersoner fra amterne.

Status

Efter Speciallægekommissionens betænkning fra 2000, blev specialestrukturen ændret. På det kirurgiske område betød det, at det tidligere grundspeciale kirurgi og det tidligere grenspeciale kirurgisk gastroenterologi blev sammenlagt til specialet kirurgi.

Kirurgien udfører de behandlinger, der ofte betegnes som bløddelskirurgi og mave/tarmkirurgi. Blandt de hyppigste behandlinger er diagnosticering og operation af brok, galdeblære og blindtarmsbetændelse.

Der er sket en løbende udvikling af både organiseringen af kirurgien samt behandlingsformerne. Gennem de seneste år er indlæggelsestiden formindsket, bl.a. fordi der er et stort fokus på accelererede patientforløb og patienterne bliver i stadig stigende omfang behandlet sammedagskirurgisk bl.a. som følge af udviklingen i kikkertkirurgien.

Endvidere er det karakteristisk, at der i stigende grad samarbejdes på tværs af specialer og behandlingsområder.

Faglig kvalitet – et spørgsmål om befolkningsunderlag?

Den faglige kvalitet i kirurgien afhænger grundlæggende af, at der i det samlede behandlingsforløb er adgang til de nødvendige kompetencer på højt professionelt niveau. Det kræver bl.a. at der for den enkelte behandlingstype er et patientflow, der gør det muligt for afdelingen og personalet at opnå den rutine, der er nødvendig for at vedligeholde de faglige kompetencer. Den faglige kvalitet afhænger desuden af, at behandlingen hviler på hensigtsmæssige procedurer, at der er adgang til nødvendigt teknisk udstyr, og at kirurgien er rammen om forskning, uddannelse og systematisk kvalitetsudvikling, som understøtter en fortløbende faglig udvikling.

Diskussionen af kirurgiens organisering har navnlig handlet om befolkningsunderlagets betydning for den faglige kvalitet. Det er bl.a. kommet til udtryk i forskellige faglige anbefalinger. Sundhedsstyrelsen anbefalede i 1998 en struktur med funktionsbærende kirurgiske enheder med et befolkningsunderlag på 200.000 – 250.000, som skal varetage basiskirurgien - dvs. behandlingen af de mest hyppige kirurgiske sygdomme. Senest har Dansk Kirurgisk Selskab bidraget til debatten med en anbefaling om en kirurgisk grundstruktur byggende på basiskirurgiske enheder med et befolkningsunderlag på 200.000-300.000.

Rationalet bag anbefalingerne er grundlæggende, at man ved at samle hovedparten af den akutte og planlagte kirurgi kan skabe en organisation og patientvolumen, som kan medvirke til at sikre, at den enkelte læge kan udføre et bestemt antal operationer pr. år og dermed vedligeholde sine faglige kompetencer på et højt professionelt niveau. Det kræver bl.a., at de kirurgiske indgreb ikke blot samles på færre enheder, men også koncentrerer på et begrænset antal hænder.

Der findes kun i meget begrænset omfang systematiske undersøgelser af, hvor mange operationer en læge skal udføre for at opretholde en høj kvalitet, og de undersøgelser der er offentliggjort vedrører enkelte, ofte større og komplekse operationer. Af de foreliggende undersøgelser viser nogle, at der på det konkrete område er en positiv sammenhæng mellem kvalitet og antal operationer, mens andre undersøgelser ikke kan påvise en sammenhæng.

De foreliggende anbefalinger om patientunderlag, for såvel basiskirurgiske som mere specialiserede former for kirurgisk behandling, bygger oftest i lige så høj grad på faglig fingerspidsfornemmelse og erfaring som på videnskabelig evidens. Der er dermed grænser for, hvilke krav til organiseringen af kirurgien, der kan udledes af en diskussion, der alene handler om, hvilket specifikt patientunderlag, der er tilstrækkeligt til at sikre en fagligt bæredygtig kirurgisk behandling. Hertil kommer, at et patientunderlag af en given størrelse ikke er en tilstrækkelig forudsætning for høj faglig kvalitet.

En diskussion af den fremtidige organisering af kirurgien må nødvendigvis inddrage en række andre overvejelser. Det gælder bl.a. overvejelser om hensigtsmæssig ressourceudnyttelse, geografisk tilgængelighed, præhospitalet organisation samt overvejelser om, hvordan organiseringen understøtter sammenhænge i de kirurgiske patientforløb og i samarbejdsrelationerne på tværs i sygehusvæsenet. En anden væsentlig overvejelse er,

hvordan organiseringen understøtter faglige miljøer, som er udviklingsorienterede og attraktive i rekrutteringssammenhæng.

Den basiskirurgiske funktion

Der foreligger altså ikke entydig faglig evidens, der kan bruges som facitliste for, hvordan kirurgien bør organiseres. Der kan dog argumenteres for, at sikringen af den faglige kvalitet og andre centrale kvalitetsmålsætninger som udgangspunkt har gode betingelser i en kirurgisk grundstruktur, som bygger på enheder, der varetager den akutte og basiskirurgiske behandling for et befolkningsunderlag i størrelsesordenen 200.000-300.000. Med den nuværende arbejdsdeling i kirurgien er der basiskirurgisk funktion på omkring 34 afdelinger. En struktur, som bygger på det nævnte befolkningsunderlag, vil medføre, at basiskirurgien koncentrerer sig på op til 25 enheder.

En organisering omkring den basiskirurgiske funktion er naturligvis ingen tilstrækkelig forudsætning for høj kvalitet i løsningen af de basiskirurgiske opgaver. Det forudsætter bl.a., at der løbende arbejdes med den interne organisering og med instrumenter, der understøtter den faglige kvalitet og sammenhængen i patientforløbene. Det kan eksempelvis være i form af kliniske retningslinier, klare visitationsregler og teamstrukturer, hvor læger og plejepersonale har fælles ansvar for behandlingsforløbene.

Som organisatorisk ramme kan den basiskirurgiske funktion imidlertid understøtte vedligeholdelse af de faglige kompetencer, sammenhæng og kontinuitet i patientforløbene og en hensigtsmæssig anvendelse af økonomiske og personalemæssige ressourcer. Den basiskirurgiske funktion bør desuden kunne give gunstige betingelser for forskning, uddannelse af sundhedspersonale og kvalitetsudvikling.

Udgangspunktet for den videre diskussion er derfor, at den fremtidige organisering af kirurgien bygges op med den basiskirurgi-

ske funktion som grundlæggende element. Spørgsmålet er, hvilke støttefunktioner og samarbejdsflader der skal være til stede, for at den basiskirurgiske funktion kan løse sine opgaver på et højt kvalitetsniveau, og hvilke muligheder og begrænsninger en grundstruktur med basiskirurgiske funktioner giver for organiseringen af kirurgien i øvrigt.

De mest almindelige behandlingsopgaver i kirurgien - dvs. basiskirurgien - vedrører patienter med almindelige mave-tarmkirurgiske lidelser som f.eks. brok, galdesten, blindtarmsbetændelse m.v. Det anslås, at "basispatienterne" tegner sig for omkring 90 pct. af den samlede kirurgiske behandling. De fleste patienter i denne gruppe behandles i et tæt samarbejde med en række andre specialer. Det drejer sig først og fremmest om specialerne anæstesiologi/intensiv terapi og radiologi. Det er derfor nødvendigt, at den kirurgiske basisfunktion har let og hurtig adgang til ydelser fra disse specialer. Behovet for prøvetagning m.v. som led i behandlingen af de kirurgiske patienter gør, at der desuden skal være let adgang til ydelser fra en klinisk-kemisk funktion.

Hovedparten af de kirurgiske patienter indlægges akut, og typisk med "ondt i maven" som eneste markante symptom. Der er med andre ord tale om uselektede patienter, hvor det først, efter at der er foretaget en diagnosticering, kan fastslås, om der skal visiteres til kirurgisk eller medicinsk behandling. Kun omkring halvdelen af disse patienter bliver efterfølgende opereret. Ofte vil der derfor i løbet af det samlede patientforløb være behov for ydelser fra både det kirurgiske og det intern medicinske speciale. Hensynet til den faglige kvalitet og til sammenhængen i patientforløbene gør derfor, at der i tilknytning til den basiskirurgiske funktion bør være akutfunktion samt basisfunktion i intern medicin.

Den basiskirurgiske funktion kan i udgangspunktet være enten en fysisk eller organisatorisk enhed. Der kan dog peges på en række fordele, i form af bedre ressourcenyttelse og sammenhæng i patientforløb,

som gør det hensigtsmæssigt at samle den basiskirurgiske funktion og de nødvendige støttefunktioner på én adresse.

En samling betyder bl.a., at man undgår at skulle dublere vagtberedskaber, og der vil desuden være mulighed for at ansatte i akutvagthold i dagtiden kan deltage i planlagt behandling, når de ikke behandler akutte patienter. En samling betyder desuden, at man kan undgå situationer, hvor det er nødvendigt at flytte patienterne geografisk, f.eks. hvor en bestemt undersøgelse er henlagt til en anden adresse end der, hvor sengeafdelingen er placeret. En samling på én adresse giver desuden mulighed for en bredere og bedre udnyttelse af støttefunktionerne i intern medicin, radiologi og anæstesiologi/intensiv terapi.

Hvis den basiskirurgiske funktion organiseres med forskellige funktioner på flere adresser, f.eks. som led i at opnå en bestemt patientvolumen for en given funktion, vil det være vanskeligt at opnå de samme stordriftsfordele, bl.a. fordi vagtberedskaber og andre nødvendige støttefunktioner i vidt omfang må dubleres. Det vil desuden være en udfordring, at håndtere de overgange som optræder i et patientforløb på en måde, så patienterne oplever, at der er den fornødne sammenhæng og kontinuitet i forløbet.

Det kan konstateres, at der mellem basiskirurgien og den meget højt specialiserede kirurgi er et opgavefelt, hvor der nok kan være fordele i at koncentrere opgaveløsningen, men hvor der ikke er faglig evidens for, at behandlingen skal varetages som højt specialiseret behandling nogle få steder i landet. En række af disse opgaver vil under de rigtige betingelser kunne varetages i en basiskirurgisk funktion. Det gælder f.eks. visse former for organspecifik kræftkirurgi. Samtidig skal man være opmærksom på, at der kan opstå stordriftsulempen, hvis enhederne bliver for store.

Udvides opgaverne i den basiskirurgiske funktion med mere specialiserede behand-

lingsopgaver vil det også afføde udvidede krav til støttefunktioner og samarbejdsflader. Hvis den basiskirurgiske funktion eksempelvis varetager tarmkræftkirurgi, skal der være let adgang til at rekvirere ydelser fra specialerne onkologi og patologi. Der vil desuden være behov for at opjustere kompetencerne i den intern medicinske støttefunktion, så de matcher den øgede specialisering i den basiskirurgiske funktion.

Kravet om høj kvalitet indebærer, at det i forbindelse med en udvidelse af opgaverne for den basiskirurgiske funktion må overvejes, om det er nødvendigt også at udvide patientvolumen i forhold til konkrete opgaver for at sikre tilstedeværelsen af de nødvendige kompetencer. Den faglige kvalitet kan f.eks. understøttes ved, at opgaven løftes i et samarbejde mellem basiskirurgiske funktioner, der sikrer, at en enhed som udfører eksempelvis tarmkræftkirurgi også har en tilstrækkelig patientvolumen. Kvaliteten kan yderligere understøttes gennem faglige retningslinier og visitationsregler, som bl.a. sikrer, at patienten henvises til højt specialiseret behandling, når det er nødvendigt.

Kirurgiske fagområder og elektive enheder

Inden for det kirurgiske speciale er der sket en funktionsspecialisering i fagområder i forhold til bl.a. øvre gastrointestinal kirurgi, kolo-rektal kirurgi og mammakirurgi.

Der er ingen endegyldige faglige bindinger, der gør det nødvendigt at placere fagområderne i sammenhæng med en basiskirurgisk funktion. Ved at skille fagområderne ud fra den basiskirurgiske funktion kan man bl.a. opnå en bedre kontinuitet i patientforløbene og et fagligt kvalitetsløft. Men man skal på den anden side sikre en fornuftig drift af sygehusene, bl.a. i forhold etableringen af vagtberedskaber. Og det vil alt andet lige være mest fornuftigt med fælles vagtberedskaber med den basiskirurgiske funktion, således at der ikke skal etableres beredskab for

hvert fagområde. Samtidig kræver fagområderne også som minimum tilstedeværelsen af de støttefunktioner, der behøves for den basiskirurgiske funktion - røntgen, anæstesi/intensiv terapi og intern medicin. Der bør derfor være en let og smidig adgang for fagområder til en basiskirurgisk funktion.

Ydermere kan en placering i sammenhæng med de kirurgiske basisfunktioner befordre en højere grad af tværfaglig samarbejde. Mange af patienterne inden for kirurgien har kræftsygdomme og kræftbehandlingen bliver i stadig stigende grad betragtet som en multidisciplinær behandling, der med fordel kan tilrettelægges i tværgående teams med øget fokus på for- og efterbehandlingen i kirurgien. En placering i sammenhæng med en basiskirurgisk funktion kan samtidig være medvirkende til at sikre en sammenhæng, så man ikke får etableret funktioner med faglige "tunnelsyn".

Man kan vælge at organisere fagområderne som elektive enheder. Sådanne enheder kan enten placeres i direkte sammenhæng med en basiskirurgisk funktion eller som organisatorisk - og eventuelt geografisk - adskilte enheder. Et argument for adskillelse er, at den elektive funktion dermed får den "ro" der skal til, for at man opnår den ønskede effektivitet/produktivitet. Ved planlægningen af elektive enheder gælder dog de samme krav til helhedsvurdering. Placeres de elektive enheder uafhængigt skal man være opmærksom på, at det vil kræve enten selvstændige støttefunktioner og vagtberedskab m.v., eller alternativt at patienter skal transporteres mellem matrikler. Ud fra et driftshensigtsmæssigt synspunkt er det derfor fornuftigt at placere en elektiv enhed i geografisk sammenhæng med en basiskirurgisk funktion og/eller andre fagområder.

Hvis man udskiller behandling fra de basiskirurgiske funktioner til fagområder og elektive enheder er det vigtigt at sikre, at den basiskirurgiske enhed fortsat er en attraktiv arbejdsplads, hvad angår opgaver og diversiteten i disse.

Den højt specialiserede kirurgiske funktion

For de ca. 5-10 pct. af de kirurgiske behandlinger som er højt specialiserede behandlinger kræves der i udgangspunktet et større befolkningsunderlag, for at de opererende læger kan vedligeholde holde den rutine og ekspertise, der er en af forudsætningerne for høj faglig kvalitet. Det er samtidig karakteristisk, at behandlingsforløbene typisk er tilrettelagt som et bredere multidisciplinært samarbejde med en række andre specialer. Som eksempel på behandlinger kan nævnes leverkirurgi, bugspytkirtelkirurgi og spiserørskirurgi. Disse højt specialiserede behandlinger skal udføres meget få steder i landet, f.eks. ét sted i hver af de kommende regioner, - i visse tilfælde måske blot et enkelt sted i landet.

Kravet om adgang til multidisciplinær ekspertise betyder, at enheder som varetager højt specialiseret kirurgisk behandling som udgangspunkt skal have adgang til en bredere vifte af specialer samt mere specialiserede støttefunktioner end basiskirurgiske funktioner.

Der vil typisk være et samarbejde mellem en basiskirurgisk funktion og en højt specialiseret afdeling. Diagnosticeringen af patienterne og efterbehandlingen vil typisk blive varetaget af den basiskirurgiske funktion, mens den højt specialiserede afdeling udfører selve operationen.

Ved fastlæggelsen af organiseringen er det vigtigt at fastholde princippet om, at højt specialiseret behandling ikke er et statisk begreb. Men at nye opgaver kommer til, og andre bliver så almindelige, kendte og ukomplicerede, at de kan varetages af en basiskirurgisk funktion.

Og planlægningen af den højt specialiserede behandling bør ske ud fra samme præmisser, som når man koncentrerer basiskirurgiske funktioner. Det betyder, at samlingen skal ske ud fra en helhedsvurdering af både

sundhedsfaglige hensyn og driftsrationelle hensyn.

Sammenhæng med organisering og opgavevaretagelse i det øvrige sundhedsvæsen

Organiseringen af kirurgien kan ikke drøftes uden at overveje sammenhænge til det øvrige sundhedsvæsen. Som det fremgår af ovenstående er der specialer, som nødvendigvis skal være tilknyttede de kirurgiske enheder for at sidstnævnte kan fungere, og fagområder hvor en kirurgisk enhed på samme matrikel er mest hensigtsmæssigt. Samtidig bør det stigende samarbejde på tværs af specialer tænkes ind, når organiseringen drøftes.

En organisering af kirurgien, hvor grundstenen er den brede basiskirurgiske behandling varetaget i enheder, som samtidig huser funktioner inden for specialerne anæstesiologi/intensiv medicin og radiologi og har et døgndækkende akut kirurgisk beredskab – vil umiddelbart udgøre en fornuftig ramme for tilrettelæggelsen af sammenhængende patientforløb med høj kvalitet.

Der er en stor fællesmængde mellem den basiskirurgiske funktion og basismedicinske funktion. Der er ofte tale om patienter, der skal diagnosticeres inden man ved om det kræver en medicinsk eller kirurgisk behandling. For at sikre sammenhæng i patientforløbene bør der i tilknytning til den basiskirurgiske enhed være en akutfunktion samt basisfunktion i intern medicin. Og det er nødvendigt, at der er let og smidig adgang til de samme støttefunktioner anæstesiologi/intensiv terapi og røntgen. Man må derfor overveje om de to funktioner - basiskirurgi og basis intern medicin - altid bør placeres sammen, såvel organisatorisk som geografisk.

Hvis de kirurgiske fagområder med fordel kan placeres i sammenhæng med den basiskirurgiske funktion, så rejser det spørgs-

målet om den basiskirurgiske funktion og de øvrige skærende specialer – karkirurgi, urologi, thoraxkirurgi og plastikkirurgi også i højere grad bør samles. Udviklingen i den avancerede kræftkirurgi går således i retningen af multidisciplinære behandlingstilbud. Derudover er der hyppigt komplikationer i forbindelse med thoraxkirurgi, urologi m.v. som kræver, at der trækkes på basiskirurgien.

Det er afgørende, at organiseringen af kirurgien fastlægges ud fra en helhedsvurdering i forhold til at inddrage både sundhedsfaglige hensyn og driftshensyn. Organiseringen af kirurgien skal desuden fastlægges under hensyntagen til det samlede sundhedsvæsen. Samtidig er det vigtigt, at organiseringen fremmer det multidisciplinære samarbejde.

Sygehuse med akut kirurgisk funktion

Oversigten viser sygehuse med kirurgiske afdelinger, der modtager akutte kirurgiske patienter (bløddelskirurgi og mave-, tarmkirurgi). Oversigten er opdelt efter den kommende regionsinddeling. Det bemærkes at de pågældende afdelinger varierer mht. karakteren og organiseringen af det akutte arbejde. Enkelte afdelinger modtager eksempelvis alene akutte patienter inden for henholdsvis øvre eller nedre gastrokirurgi mv. Andre afdelinger har indgået forskellige former for samarbejdsaftaler om visitation.

Region Hovedstaden

Bornholms Centralsygehus
Amager Hospital
Bispebjerg Hospital
Hvidovre Hospital
Helsingør Sygehus
Hillerød Sygehus
KAS Gentofte
KAS Glostrup
KAS Herlev

Region Sjælland

Storstrømmens Sygehus,
Næstved
Storstrømmens Sygehus,
Nykøbing F
Roskilde Sygehus (Køge)
Slagelse Sygehus
Holbæk Sygehus

Region Syddanmark

Sydvestjysk Sygehus (Esbjerg)
Kolding Sygehus
Vejle Sygehus
Middelfart Sygehus
Sygehus Fyn, Nyborg 1)
Odense Universitetshospital
Sygehus Fyn, Svendborg
Åbenrå Sygehus

Region Midtjylland

Holstebro Sygehus
Herning Sygehus
Viborg Sygehus
Randers Centralsygehus
Silkeborg Centralsygehus
Århus Sygehus
Horsens Sygehus

Region Nordjylland

Sygehus Vendsyssel, Hjørring
Sygehus Himmerland,
Hobro
Ålborg Sygehus
Sygehus Nord, Thisted

1) Den akutte funktion på Nyborg Sygehus lukkes pr. 01-01-2006



Amtsråds- foreningen

Amtsrådsforeningen
Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø
Telefon 3529 8100
Telefax 3529 8300
E-post arf@arf.dk
www.arf.dk